

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES
SUR LES
ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET LES
ACCIDENTS DE DROIT COMMUN
EN GYNÉCOLOGIE ET EN OBSTÉTRIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1933

PAR

Jacques RABIER

Élève du Service de Santé de la Marine,
né le 23 Juillet 1907, à Tulle (Corrèze)

Examinateurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur.....	Président.
		PERY, professeur	Juges.
		FAUGERE, agrégé	
		RIVIERE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES
SUR LES
ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET LES
ACCIDENTS DE DROIT COMMUN
EN GYNÉCOLOGIE ET EN OBSTÉTRIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1933

PAR

Jacques RABIER

Élève du Service de Santé de la Marine
né le 23 Juillet 1907, à Tulle (Corrèze)

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur	<i>Président.</i>
		PERY, professeur	} <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

— BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.	DUPÉRIÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.	CHAVANNAZ.
Clinique d'accouchements.	BEGOUIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	CARLES.
Anatomie	ANDERODIAS.
Anatomie générale et histologie	SABRAZES.
Physiologie	VILLEMIN.
Hygiène	G. DUBREUIL.
Médecine légale et déontologie.	PACHON.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale. . .	LEURET.
Chimie	LANDE
Botanique et matière médicale	RÉCQUO
Pharmacie	CHEILE,
Zoologie et parasitologie.	GOLSE.
Médecine expérimentale.	DUPOUY.
Clinique ophtalmologique.	MANDOUL.
	N.
	TEULIERES.
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
	Clinique gynécologique ...
	Clinique médicale des maladies des enfants.
	Chimie biologique et médicale.
	Physique médicale et pharmacologie
	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.
	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
	Clin. des mal. des voies urinaires ..
	Clinique des maladies nerveuses et mentales.
	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie. . .
	Toxicologie et hygiène appliquée.
	Hydrologie thérapeutique et climatologie.
	Clinique dentaire.
	ROCHER
	GUYOT.
	CRUCHET
	DELAUNAY.
	SIGALAS.
	BONNIN
	PETGES.
	DUVERGEY
	ABADIE
	PORTMANN.
	LABAT.
	CREYX
	CAVALIE.

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie.	FABRE.
Médecine générale.	AUBERTIN.
	DAMADE
	PIECHAUD.
	DELMAS-MARSALET.
	Chirurgie générale.
	Obstétrique
	Ophtalmologie
	Dermatologie et syphiligraphie.
	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. . .
	CHARRIER.
	LOUBAT.
	RIVIÈRE.
	BEAUVIEUX
	JOULIA.
	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes .	MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire	DELGUEL
	Puériculture
	Pharmacie chimique
	Zoologie et parasitologie
	FAUGERE.
	N.
	R. SIGALAS.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA FEMME CHERIE

A MA MERE

*Dont toute la vie est faite
de tendre affection et d'inces-
sant dévouement pour les
siens. Humble témoignage de
ma profonde reconnaissance
et de mon immense affection.*

A MA MARRAINE

Mrs C. C. NOTTINGHAM

*En la priant d'accepter,
avec mes sentiments de pro-
fonde ma reconnaissance infinie
fonde affection, l'expression
pour la vive sollicitude et tous
les bienfaits dont elle m'a
toujours comblé.*

A MON FRERE ET A MA BELLE-SCEUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

À MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CHEF BRUN
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DÉONTOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse, dont
il nous a inspiré le sujet.*

*Qu'il trouve ici l'expression
de nos très vifs remerciements
et de notre infinie reconnais-
sance.*

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder ce travail, nous tenons à remercier tous ceux qui, au cours de nos études médicales, nous ont aidé et nous ont entouré de leur bienfaisante sympathie.

Envers M. le Professeur Lande, nous avons contracté une dette de reconnaissance; c'est un doux devoir qui nous incombe aujourd'hui de lui exprimer nos remerciements les plus sincères pour nous avoir inspiré le sujet de cette étude, prodigué l'appui si nécessaire de ses conseils, comblé de sa paternelle sollicitude, et de son incessante sympathie, et pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui renouvelons ici nos sentiments de gratitude et de respectueuse reconnaissance, et nous lui disons nos regrets de quitter son laboratoire où toujours nous avons été si bien accueilli.

Nous ne voulons pas oublier tous ceux qui, dans la mesure de leurs moyens, ont contribué à mener à bien notre travail, mais notre cœur n'oublie personne et nous adressons à chacun d'eux nos sentiments d'affectueux attachement et de profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Les accidents, tels que les accidents du travail et les accidents de droit commun, dans lesquels la responsabilité d'un tiers est engagée, soulèvent des problèmes médicaux-légaux d'un intérêt particulier lorsque les blessures portent sur l'appareil génital de la femme ou sur les parties voisines, le bassin par exemple, de manière à ce qu'il puisse en résulter des conséquences fâcheuses pour une grossesse en cours au moment de l'accident ou pour une grossesse à venir.

Il appartiendra à l'expert de rechercher si les lésions ou les troubles dont on fait état ont bien eu une origine traumatique partielle ou totale ainsi que le prétend l'intéressée, dans l'affirmative, de dire s'il en est résulté un dommage réel, à quelque point de vue qu'on se place.

Il nous a paru digne d'attention, à l'occasion de quelques observations inédites, de reprendre cette question que nous avons traitée sous le titre : *Considérations médico-légales sur les accidents du travail et les accidents de droit commun en gynécologie et en obstétrique*.

Nous étudierons successivement l'action du traumatisme en dehors puis au cours de la gestation.

Nous aurons donc à considérer au point de vue de leurs conséquences possibles :

A. En dehors de la gestation :

- 1° Les fractures du bassin et leur devenir obstétrical ;
- 2° Les lésions traumatiques des organes génitaux et des parties molles superficielles de la zone génitale ;

3° Les troubles fonctionnels (troubles menstruels, troubles de la sécrétion lactée) consécutifs au traumatisme subi, que celui-ci ait déterminé des lésions anatomiques diverses plus ou moins importantes ou qu'il n'ait provoqué uniquement d'un choc émotionnel.

B. Au cours de la gestation :

- 1° Les traumatismes portant sur la zone génitale ou sur une autre partie du corps plus ou moins éloignée de cette zone ;
 - 2° Le choc émotionnel.
-

A. En dehors de la gestation.

CHAPITRE PREMIER

LES FRACTURES DU BASSIN ET LEUR INFLUENCE SUR LA VIE GENITALE DE LA FEMME

Vergoz (*Revue de chirurgie*, 1926), parlant de l'examen radiologique appelé à constater et préciser les résultats donnés par l'examen clinique, insiste sur l'insuffisance de la simple radiographie d'un corps aussi étendu que le bassin, parce qu'elle ne peut fournir que des résultats tout à fait médiocres. Il croit à la nécessité de faire toujours la stéréo-radiographie.

« Car la radio-stéréographie seule permet, dit-il, et ceci n'est pas sans importance quand il s'agit d'expertiser un accidenté, d'étudier dans leurs moindres détails les lésions qui intéressent l'articulation sacro-iliaque, lésions qui, en général, sauf de gros délabrements, passent inaperçues sur une simple radiographie. »

Une appréciation aussi catégorique de la valeur de la stéréo-radiographie paraît quelque peu exagérée, sans qu'on puisse toutefois méconnaître l'utilité d'une méthode qui, si elle était d'une application moins compliquée, rendrait évidemment de grands services.

Quelles seront donc les lésions traumatiques que nous rencontrerons, susceptibles de devenir une cause de dys-

tocie ? On peut distinguer schématiquement deux variétés de fractures :

Les fractures partielles, qui respectent la continuité du bassin osseux.

Les fractures complètes qui brisent l'anneau osseux en un ou plusieurs points.

Les premières, qui intéressent, par ordre de fréquence décroissante, l'ilion, l'ischion, la cavité cotyloïde, le sacrum puis le coccyx, sont rarement en cause. Celles de l'ilion et de l'ischion sont négligeables au point de vue de leurs conséquences sur la terminaison d'une grossesse future. Il n'en est pas de même des autres fractures.

Les lésions de la cavité cotyloïde peuvent être une cause de dystocie, qu'il s'agisse de la persistance de la luxation centrale de la tête fémorale ou de la saillie des fragments à l'intérieur du bassin et d'un cal volumineux consécutif.

Quand il s'agit d'une fracture transversale du sacrum, la cavité pelvienne est déformée, soit par projection en avant du fragment inférieur, ce qui rétrécit la partie inférieure de l'excavation et le détroit inférieur, soit par exubérance du cal, ce qui diminue le diamètre antéro-postérieur.

Les fractures complètes ou de la ceinture pelvienne sont de beaucoup les plus importantes et les plus graves. Et parmi celles-ci, on doit en particulier retenir celles dont la lésion est constituée par la double fracture verticale de Malgaigne :

Le trait de fracture postérieure se manifeste par la déformation du losange de Michaelis et de la fesse, et porte soit sur la tubérosité iliaque soit sur l'aileron sacré.

Le trait de fracture antérieur siège sur les parties latérales du pubis et de la branche ischio-pubienne.

La déformation pelvienne peut être complexe et atypique ; on observe par exemple l'affaissement de la partie supérieure du sacrum, la viciation à type oblique ovulaire, à type infantile, etc...

Dans les cas de violence considérable, la fracture iliaque devient comminutive, les fragments osseux sont multiples par participation de l'aile iliaque au traumatisme et s'irradient du foyer pré-articulaire vers la crête iliaque. Ces désordres osseux apportent alors des modifications profondes dans la conformation du détroit supérieur qui ne présente plus ses deux courbes symétriques et régulières. C'est surtout le déplacement du fragment moyen qui déforme la moitié correspondante des détroits, tantôt l'élargissant, tantôt la rétrécissant.

L'influence des fractures du bassin sur l'accouchement est variable suivant la saillie des fragments osseux, le volume et le siège du cal :

Quand le déplacement n'est pas très accentué, l'accouchement est possible avant terme ou bien quand l'enfant est de petit volume.

Si le cal est plus petit qu'un œuf de poule, il ne met pas obstacle à l'accouchement.

Avec un cal de petit volume, le pronostic est d'autant plus sérieux que la saillie osseuse siège aux extrémités d'un diamètre pelvien plus utile (diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur ; diamètre transversal au détroit inférieur).

Au point de vue médico-légal, une fracture du bassin pourra déterminer un rétrécissement de la cavité pelvienne et de ce fait engager sérieusement l'avenir de la femme en rendant difficile, sinon impossible, un accouchement éventuel. Les fractures complètes qui entraînent une interruption de la ceinture pelvienne comportent à cet égard un pronostic grave. Outre qu'elles s'accompagnent d'une impotence permanente parfois très prononcée, tenant à divers facteurs dont les principaux sont le raccourcissement apparent du membre, atrophie musculaire et les symptômes douloureux, leur pronostic est toujours redoutable pour la mère et le fœtus, car elles peuvent nécessiter une basiotripsie ou une opération césarienne.

En matière d'accidents de travail, on sera parfois conduit à incriminer un traumatisme antérieur survenu dans les délais de révision si, du fait de ce traumatisme, la femme est exposée aux complications résultant d'une dystocie. La dystocie est peut-être une conséquence tardive mais néanmoins certaine de l'accident.

Les observations d'accouchements dystociques par suite de viciation pelvienne due à des fractures sont assez rares.

Lenoir, dans un article des *Archives générales de médecine* de 1859, p. 5, rapporte les quelques observations « curieuses et rares, qui sont perdues pour ainsi dire dans les recueils périodiques ». Il dit que Van Swieten est le premier auteur qui ait fait mention de cette cause de dystocie dans les *Commentaires sur Boëhave*, t. IV, aph. 1316. Il signale de plus que John Burns a vu dans un pareil cas « des ossifications pointues s'étendre à presque deux pouces dans le bassin ».

La première observation en date est celle qui a été publiée dans le *Journal des Progrès*, t. XII, par Papavoine, et qui a pour titre : *Observation d'un accouchement mortel par suite de fracture et déformation consécutive du bassin*. Il s'agit d'une femme de 36 ans, apportée le 30 juillet 1828 à l'hôpital Saint-Louis. Cette femme avait eu cinq couches heureuses ; deux ans auparavant elle avait reçu sur le côté droit du bassin un coup de pied de cheval qui avait produit plusieurs fractures. Elle devint enceinte pour la sixième fois. L'accouchement n'avait pu se terminer qu'avec les plus grandes difficultés, et avec l'aide d'un forceps dont l'application faite en ville avait déterminé des lésions très graves. L'accouchée succomba le lendemain. A l'autopsie on trouvait, en dehors des lésions récentes qui avaient entraîné la mort :

1° une fracture un peu en avant de la symphyse sacro-iliaque droite.

2° une fracture de la branche horizontale du pubis droit, un peu en avant de la cavité cotyloïde.

3° une fracture siégeant entre la tubérosité et la branche ascendante de l'ischion. Tout le fragment avait été rejeté en dedans.

Papavoine fait remarquer que c'est ce déplacement en dedans et en haut de la tubérosité ischiatique qui a été la cause principale de la dystocie.

La deuxième observation est tirée de *The Lancet*, juin 1856, p. 647 :

Le sujet était une femme de 36 ans, déjà mère de sept enfants nés à terme à la suite d'un travail facile et naturel. Elle fut renversée par une voiture ; elle resta trois mois à l'hôpital et de retour chez elle elle devint enceinte. Au moment du travail on constatait au toucher une saillie très marquée du promontoire ; de plus en examinant le bassin par l'extérieur, on remarquait l'existence, dans la région sacrée, d'une dépression dans le fond de laquelle on pouvait loger les deux mains. On pratiqua l'embryotomie à deux grossesses successives. La femme guérit.

La troisième observation, tirée du même journal, est la suivante :

Une femme, âgée de 30 ans, étant arrivée au quatrième mois d'une grossesse, tomba en descendant un escalier et « dans sa chute heurta son siège contre plusieurs marches sur lesquelles elle glissa avant d'atteindre le bas de l'escalier ; elle ressentit une douleur très vive dans la région du sacrum et fut obligée de se coucher ». A terme on trouva le vagin complètement oblitéré par une tumeur dure qui semblait provenir du sacrum. La femme succomba avant qu'on ait pu pratiquer la craniotomie. A l'autopsie on trouva que le sacrum avait été divisé en quatre parties et que la tumeur, que l'on sentait dans le vagin, était formée par deux fragments réunis par un cal.

Regnault, dans sa thèse (Paris, 1863), rapporte l'histoire d'une femme qui reçut un coup de pied de cheval au côté droit du bassin ; il y eut une double fracture verticale, en avant sur les branches du pubis, en arrière sur l'iléon, très

près de la symphyse. La malade guérit, mais en conservant un rétrécissement du bassin. Aussi mourut-elle deux ans après, à Saint-Louis, à la suite d'un accouchement des plus laborieux.

« La rotation de l'os iliaque, dit Regnault, qui fait que l'ischion se porte en dedans et la crête iliaque en dehors, amène forcément un rétrécissement du détroit supérieur ». Dans l'observation précédente en effet « le diamètre transverse au détroit inférieur n'avait que 2 pouces 8 lignes ».

Il cite également une observation de Nélaton, dans le service duquel était entrée une femme pour une fracture du pubis produite par le passage d'une roue de voiture. Un fragment osseux avait perforé la vessie et le vagin; il fut retiré par ce dernier canal, et, malgré l'infection consécutive à la blessure, la guérison fut obtenue. La blessée, qui par la suite devint enceinte, ne fut accouchée qu'après quatre jours de douleurs à l'aide du forceps. « On fut obligé de développer une si grande force que l'ischion fut brisé et la malade mourut deux jours après ».

Dans le *Traité d'accouchement*, de Tarnier et Budin, tome III, page 343, se trouve citée une observation de Lafforgue :

A l'occasion d'une chute d'un lieu élevé, la blessée avait une double fracture de l'os iliaque droit ; l'un des traits de fracture longeait l'articulation sacro-iliaque, l'autre passait par la branche horizontale du pubis et par l'ischion ; le détroit supérieur offrait la configuration oblique ovale, le diamètre oblique droit se trouvait de 3 cm. et demi plus court que le gauche. La malade ne fut accouchée qu'au prix des plus grandes difficultés, à l'aide du forceps ; elle succomba dans les suites de couches.

Vaille, dans sa thèse (Paris, 1891) sur le bassin vicié par obstruction, cite deux cas de bassins viciés par fractures, mais sans donner de renseignements cliniques ou anatomopathologiques. Il dit seulement que le cal englobait les deux pubis.

Kleünewachter, à Prague, a fait une craniotomie (*Archiv. f. gyn.*, Band 1, p. 156) et Hull a pratiqué une césarienne (*A defense of the cesarienne operation*, Manchester, p. 68) dans des cas de bassin rétréci par fracture.

Matz, dans sa thèse (Königsburg, 1894), donne l'observation suivante :

Femme âgée de 43 ans ; en vingt ans, elle eut dix enfants, le dernier il y avait dix ans. Accouchements normaux. Un an après la naissance de ce dernier enfant, elle fut prise dans un éboulement qui comprima la région de la branche droite ; elle resta deux ans au lit et souffrit pendant plusieurs années de la jambe droite. Devenue ultérieurement enceinte, elle entra à la clinique en mauvais état. Au toucher, à gauche la courbure du pubis était normale, à droite on sentait un angle ouvert en dedans à deux travers de doigt de la symphyse. Dans cet angle se trouvait un cal. Le trou obturateur n'était plus reconnaissable ; à sa place on rencontrait une masse osseuse qui englobait la région cotyloïdienne, l'ischion, et qui s'étendait jusqu'à la ligne innominée.

On fit une craniotomie, l'extraction difficile dura une heure.

Fabre et Pierry (*Lyon médical*, 1900, t. II) rapportent un accouchement chez une femme de 38 ans qui présentait un bassin oblique ovalaire marqué, déformation due à un traumatisme remontant à l'enfance : A six ans elle avait reçu sur elle un tronc d'arbre. Il existait au niveau de la cavité cotyloïdale un cal volumineux ; l'ascension du grand trochanter était expliquée par l'existence d'un trait de fracture au niveau du trou obturateur, et d'un autre au niveau des régions postérieures de l'os coxal.

Tous les accouchements, qui furent au nombre de dix, avaient été très difficiles. Un seul enfant vécut, né à la suite d'un accouchement prématuré artificiel ; le dixième, extrait vivant, mourut le cinquième jour, l'accouchement ayant été provoqué un peu tard (8 mois et demi).

OBSERVATION I.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le P^r CHARRIER)

Une jeune fille de 17 ans, Mlle F..., est victime d'un accident d'auto, le 30 juin 1932. La blessée, qui a perdu connaissance au moment de l'accident, est transportée à l'hôpital. Elle se plaint de douleurs généralisées, mais plus particulièrement au niveau du côté droit du bassin. Il n'y a pas de dysurie; il est impossible de rechercher une hématurie éventuelle, la blessée étant en période menstruelle. On remarque des ecchymoses multiples superficielles. Le membre inférieur droit, qui présente de l'impotence fonction-



nelle, est en extension et rotation interne, mais pas raccourci. Les mouvements volontaires y sont abolis. Les articulations tibio-tarsienne du genou et de la hanche ne sont pas lésées. Les mouvements passifs provoquent une vive douleur, mais sont possibles. Le rapprochement ou l'écartement des ailes iliaques détermine une douleur vive dans la région pubienne et dans la région sacrée; la pression en ces points est douloureuse.

La radiographie montre :

1° Une ascension de l'hémi-bassin droit; une fracture verticale de la partie postérieure de l'aile iliaque droite, une disjonction de la symphyse pubienne;

2° Deux traits de fracture incomplets : un premier sur la branche horizontale du pubis gauche; un second qui remonte de la grande échancrure sciatique sur l'aileron gauche du sacrum.

Le 12 juillet, l'examen microscopique des urines décèle de rares hématies.

Opération le 13 : rachi-anesthésie. Après incision verticale au niveau du pubis et désinsertion du pyramidal, on met aisément à nu le pubis gauche; on y arrive difficilement du côté droit, en raison de son élévation et de son enfoncement et à cause du tissu de néoformation qui le réunit au pubis gauche. On essaie, cependant, de libérer ce tissu, mais par là même, on ouvre un hématome important. En considérant les dangers qui pourraient en résulter, et, devant l'impossibilité de réduire la déformation, on referme après avoir drainé l'hématome.

Le 24 juillet, on fait l'ablation des points. La blessée recommence à marcher au début de septembre, bien qu'elle souffre beaucoup et boite fortement.

Elle quitte le service le 22 novembre 1932, avec une légère claudication.

OBSERVATION II (résumée).

(Inédite, due à l'obligeance de M. le P^r DUVAL)

Mme R..., 22 ans, est victime d'un accident d'auto, le 1^{er} mars 1930. Transportée à l'hôpital de Vaugirard, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et la région sacrée, et présente une impotence fonctionnelle très accusée des membres inférieurs. La blessée a de la dysurie et dans les premiers jours offre une hématurie peu abondante.

Une radiographie, le 3 mars, montre une fracture verticale de l'hémi-bassin droit : fracture de l'aile iliaque en arrière et fracture des deux branches ischio-pubienne et horizontale du pubis.

La cystostomie, pratiquée le 4, révèle une grosse collection de sang et d'urine dans la cavité de Retzius. On place un tube de Marion que l'on enlève le 20.

La cystoscopie, faite le 30 avril, montre des orifices urétéraux normaux, parsemés sur la muqueuse de petits débris sableux. Au sommet, on voit l'orifice de la cystostomie, très allongé et rempli de particules sablonneuses.

Depuis le 1^{er} mai la blessée se lève. Le 25, elle quitte l'hôpital dans un état satisfaisant, mais avec un bassin pseudo-oblique ovalaire.

OBSERVATION III (résumée).

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Pr DUVAL)

Mlle B..., 19 ans, assise sur le siège arrière d'une motocyclette, passe sous les roues d'un camion qui vient d'entrer en collision avec la machine, le 19 août 1932. Elle est transportée à l'hôpital.

On constate des plaies et des fractures multiples. Les plaies siègent :

1° A la partie basse de la face latérale du thorax, du côté gauche;

2° A la face externe de la cuisse droite, dans la partie moyenne;

3° Aux deux lèvres de la fente vulvaire.

Les fractures confirmées par la radio intéressent :

1° La branche ischio-pubienne gauche dans sa partie moyenne;

3° La branche horizontale du pubis au niveau du 1/3 ext. et des 2/3 int.;

4° L'extrémité inférieure des épines iliaques supérieures et postérieures avec ascension des deux os iliaques;

5° Le fémur gauche, dont la fracture sous-trochantérienne est à trois fragments osseux.

Suites : La blessée sort le 23 mai de l'hôpital avec un bon résultat fonctionnel, mais un raccourcissement du membre inférieur gauche de 3 centimètres environ. Le bassin est déformé, l'excavation rétrécie dans le sens antéro-postérieur.

Les taux d'incapacité en matière d'accidents du travail varient selon qu'il s'agit de fractures partielles ou de fractures complètes.

D'accord avec Imbert et Chavernac, Mayet propose comme évaluations :

Fractures partielles (branche horizontale du pubis, branche ischio-pubienne, aile iliaque : 10 % à 15 %;

Fractures complètes du type « fracture double verticale », sans troubles moteurs des membres inférieurs ou de l'appareil urinaire : 15 % à 35 %;

Fractures du bassin avec troubles pariétiques concomitants ou complications urinaires : 30 % à 80 %;

Disjonction pubienne et retentissement sacro-iliaque avec manque de résistance du bassin : 15 %, 20 %, 25 %.

CHAPITRE II

LÉSIONS DES ORGANES GÉNITAUX ET PLAIES DU PÉRINÉE.

Les prolapsus.

On peut, comme pour les hernies, distinguer dans les prolapsus génitaux les déplacements de force et les déplacements de faiblesse. Les premiers se produisent à la suite d'un effort violent, soit d'emblée, soit lorsqu'une cause prédisposante a, pour ainsi dire, déjà frayé la route, comme cela se produit le plus souvent à la suite d'accouchements antérieurs qui ont affaibli les soutiens de l'utérus. Beaucoup d'auteurs sont d'accord sur ce point qu'une chute sur le siège, les pieds ou les genoux, des soulèvements et transports de fardeaux, peuvent provoquer des prolapsus, non seulement chez des femmes dont le système musculaire et ligamenteux pelvien a été distendu par des grossesses passées, mais encore chez des jeunes filles ou des nullipares; bien que toutefois, dans ces derniers cas, on doive invoquer en plus, soit des anomalies du bassin, soit la faiblesse congénitale du plancher pelvien.

Choisissons donc, puisque ce sont les plus intéressants, quelques exemples, puisés dans la littérature médicale, de prolapsus survenus accidentellement chez des nullipares.

Prolapsus aigus.

Stepkowski (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1898, p. 791), cite le cas d'une jeune fille de 24 ans, femme de chambre, qui, en soulevant et portant dans l'escalier un fauteuil très lourd, eut à ce moment même une sen-

sation pénible « comme si quelque chose fût arraché à l'intérieur ». A l'examen, qui eut lieu quelques années après, on constatait un utérus complètement prolabé. Cette jeune fille était rachitique : bassin dévié, scoliose prononcée, etc..

Stepkowski rappelle l'observation de Winckel qui concerne un cas de prolapsus aigu survenu chez une domestique, tombée du haut de l'échelle qu'elle montait avec une lourde charge. Dans celle de Neugebauer, citée par le même auteur, il s'agit d'une fille de 21 ans qui ressentit une violente douleur en exécutant un travail excessif : occupée à piocher de l'engrais congelé, durci, elle devait employer pour ce faire tous ses efforts. Le quatrième jour, une hémorragie vaginale survint, et puis le prolapsus s'accroissant fit place à un prolapsus utérin. La malade était bien constituée, son squelette et son système musculaire étaient normaux.

Villemain (dans la *Gazette hebdomadaire de chirurgie et de médecine*, 1900, n° 5), rapporte un cas de prolapsus aigu, chez une fille de 14 ans, consécutif à un violent effort qu'avait fait la malade pour soulever un fardeau considérable. Elle guérit après amputation du col et hystéropexie abdominale.

Prolapsus survenus progressivement

Dans l'*Arch. di. ost. e. gén.* 1901, août, Miranda a observé un cas de prolapsus, survenu progressivement chez une vierge de 24 ans, que sa profession obligeait à des efforts considérables. La malade fut opérée et guérit.

Dans le *Journal des Sciences médicales de Lille* 1902, 1^{er} novembre, Coffart, cite le cas suivant :

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, de constitution robuste, qui se livre à des travaux très rudes dans une ferme. Elle doit notamment soulever des sacs très lourds. Le jour, elle ne ressent rien, malgré ses efforts répétés et laborieux; le soir seulement elle s'aperçoit que quelque

chose semble être descendu. La répétition de ce phénomène l'oblige à réclamer les soins du médecin, qui constate une cystocèle qu'une colporraphie supprima. Cette malade était une constipée opiniâtre; l'effort de la défécation, se demande Coffart, a-t-il une part de responsabilité dans la part du prolapsus ? Peut-être, dit-il, mais bien minime, si l'on considère les travaux pénibles auxquels, cette jeune fille était soumise.

On doit aussi, selon lui, admettre une prédisposition, car parmi les membres de la famille, on retrouve des hernies chez les parents et les trois enfants; ce fut la cause favorisante principale, à laquelle est venu s'ajouter l'effort, comme facteur déterminant, facteur dont l'action fut lente mais sûre.

En présence d'un cas de prolapsus dont l'origine accidentelle est alléguée, quelle doit être la conduite du médecin expert ?

Comme le propose Hammerschlag (*Du rôle du traumatisme dans l'étiologie du prolapsus génital*, Monatsschrift f. Unfall, 1902, II) on peut tout d'abord classer la variété de prolapsus dans un des trois groupes suivants :

1° L'utérus s'est abaissé en premier lieu, puis entraîne le vagin. La partie inférieure du vagin reste en place, le périnée est intact et l'entrée du vagin étroite. Il est à peu près indispensable pour qu'un effort ou un traumatisme ait assez de prise sur l'utérus pour le déplacer vers la vulve, que l'organe soit déjà rétroversé.

2° La chute du vagin a précédé l'affaissement de l'utérus et provoque sa descente, au bout d'un temps plus ou moins long. Dans ce cas, la tonicité du vagin est abolie et le plancher périméal presque inexistant.

3° Le prolapsus est alors total, utérus et vagin font saillie à l'extérieur.

Hammerschlag est d'avis que seuls les prolapsus qui rentrent dans les deux premiers groupes, peuvent donner droit à une indemnité, ceux du dernier groupe devant être éliminés totalement.

Il existe presque toujours une prédisposition importante, et sous l'influence d'un effort, ou d'un traumatisme proprement dit, tel que celui qui peut résulter d'une chute sur le siège, sur les pieds... le prolapsus se constitue ou s'aggrave.

Les grossesses, les accouchements antérieurs compliqués ou non de déchirures du périnée, forment à cet égard une prédisposition des mieux caractérisées.

En dehors de ces causes, chez la jeune fille, ou la nullipare par exemple, on trouve la signature de cette prédisposition en d'autres points du corps : l'examen de l'abdomen montre un défaut de résistance des parois musculaires, des orifices inguinaux et cruraux agrandis, des ptoses rénales, intestinales...

La constatation d'un de ces facteurs adjuvants, quand on établit l'anamnèse du prolapsus, diminue forcément le rôle réel de l'accident. On n'admettra ce rôle que si l'on a la conviction que le prolapsus n'existait pas avant lui.

Les données fournies par l'examen local doivent concorder avec la date de l'accident; l'endolorissement de la région, la tuméfaction sont à rechercher; l'infiltration de la muqueuse vaginale, sa cutinisation, dit Thiem, seront un bon signe d'ancienneté, il en sera de même des ulcérations légères ou non des parois vaginales et du col.

La gravité du traumatisme ou de l'effort est importante à connaître. On recherchera si la blessée a éprouvé une douleur brusque au moment de l'accident, dans la région correspondant au prolapsus, dans le bas-ventre, si cette douleur a été violente et prolongée, etc... S'il s'agit d'un accident du travail, on s'inquiétera de savoir s'il y a eu interruption du travail et combien de temps a duré cette interruption, etc...

Bref on déterminera si le prolapsus doit être considéré comme un accident au sens de la loi du 9 avril 1898, l'accident étant, d'après la définition de Reclus, un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du tra-

vail, et qui détermine dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager.

Il est important pour cela de connaître la nature du travail auquel se livrait la femme, la position dans laquelle elle se trouvait, de savoir si elle était chargée au moment de l'accident et si, lorsqu'un effort violent est en cause, cet effort a consisté en une traction, un soulèvement, etc...

Quelle doit être la responsabilité de l'accident ?

Les médecins ne peuvent évidemment s'empêcher de reconnaître qu'il faut faire la part de l'état antérieur, et diminuer dans une mesure, du reste difficile à déterminer, l'indemnité accordée.

En matière d'accident de droit commun, on tient compte de la prédisposition, de l'état antérieur, mais ces éléments ne doivent pas intervenir au regard de la loi de 1898; la jurisprudence de la Cour de cassation qui représente la vérité légale, refuse de prendre en considération la prédisposition naturelle et rend l'assurance intégralement responsable des conséquences de l'accident.

Il est cependant certains cas d'espèce susceptibles de se présenter, devant lesquels on doit modifier cette manière de voir et tenir compte plus ou moins explicitement de l'état antérieur du sujet.

Quand une femme, par exemple, s'aperçoit de son prolapsus en se livrant à son travail ordinaire, travail ne nécessitant pas des efforts de grande intensité, il s'ensuit qu'elle n'a pas été victime d'un accident dans le sens de la loi de 1898.

Cette femme qui jusque-là ignorait son infirmité a son attention attirée sur elle au cours de son travail, alors que l'effort nécessaire à l'exécution de ce travail est peu important, et en tout cas ne dépasse pas la moyenne de ceux que nécessitent les occupations professionnelles ordinaires.

Cette infirmité a donc une cause étrangère à ce travail, bien qu'elle se soit révélée pendant qu'il s'accomplissait.

Quelques auteurs sont peut-être d'avis que toute lésion,

dont le travail, même normal a été la cause ou l'accasion, doit être considérée comme un accident, mais une telle conception, outre qu'elle nous choque médicalement, n'est certainement pas conforme à l'esprit du législateur de 1898.

Le médecin, après s'être assuré du degré de prolapsus et de la gêne consécutive, gêne qui est différente dans les cas de prolapsus léger et de prolapsus grave, devra fixer un taux d'incapacité. Ces taux sont très variables suivant les auteurs. A titre indicatif, nous rappelons qu'Ollive et Le Meignen, d'accord avec Imbert, Oddo et Chavernac, les font varier entre 10 et 50 %, ces derniers auteurs reconnaissant une incapacité sensiblement plus forte lorsqu'il s'agit d'une jeune fille.

Le barème de Mayet (1932) indique :

Cas légers, 0 %.

Cas moyens et graves : 10 à 50 %.

En matière d'accident de droit commun, il est de règle que l'on tienne compte de la prédisposition, lorsqu'il y a dommage corporel à réparer; mais, comme il est pratiquement impossible, en règle générale, de chiffrer la part qui revient en propre à la prédisposition et celle qui revient au fait accidentel, on évalue globalement le taux d'incapacité, en insistant sur le fait que, dans ce taux, la prédisposition intervienne pour une part, que l'on dira être, suivant les cas, minime, importante, très importante...

Les magistrats tiendront compte de ces indications en fixant le montant du capital, par lequel il est de règle que soient indemnisées les victimes d'accident de droit commun.

Les rétroversions

Le rôle de l'effort ou du traumatisme est sensiblement plus douteux en matière de rétroversion de l'utérus. Une femme glissant dans un escalier se rejette brusquement en arrière en voulant se retenir et tombe sur le siège. Coliques, hémorragies par le vagin; après quelques jours de repos cette femme reprend ses occupations, mais elle accuse une

pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs dans la région sacrée et par moment elle a des vomissements.

Il faut évidemment pour conclure à la filiation des faits :

1° Avoir autant que possible la preuve que la rétroversion n'existait pas avant l'accident; rechercher les deux grandes causes de la rétroversion, qui sont la puerpéralité et les inflammations périmétrétiques.

2° Avoir constaté l'origine de l'hémorragie et l'état de l'utérus dans les heures qui ont suivi l'accident.

Thiem ayant attribué une rétroversion à une chute a estimé à 20 % le préjudice causé.

Les plaies du périnée.

Les plaies du périnée que l'on rencontre sont presque uniquement des plaies par empalement. Ces plaies sont d'ailleurs assez rares. On peut les diviser en plaies du périnée antérieur, et plaies du périnée postérieur. Elles ont un caractère commun : elles donnent lieu à une hémorragie très abondante.

Leur gravité varie suivant qu'elles sont intrapéritonéales ou extrapéritonéales. Quand elles sont intrapéritonéales leur gravité est extrême, car elles coïncident souvent, sinon toujours, avec des lésions de l'intestin. Lorsque les lésions sont extrapéritonéales, c'est-à-dire, exclusivement uréthrales ou vaginales, elles guérissent généralement d'une manière parfaite. Sur 57 cas, Gérard, en 1913, constatait 4 % de mortalité, alors que sur 15 cas de lésions intrapéritonéales, il notait 12 morts.

Le pronostic lointain des déchirures du périnée vicieusement cicatrisées dépend de leur étendue.

Les déchirures cutanéomuqueuses ne sauraient en rien compromettre la statique périnéale. Elles constituent cependant l'amorce de déchirures plus importantes, lors des accouchements ultérieurs.

Les déchirures qui intéressent le repli ano-vulvaire, élément essentiel de soutien du périnée, compromettent dans

une large mesure la solidité de celui-ci. Son effondrement équivaut à l'effondrement du plancher périnéal supérieur et du plancher périnéal moyen, et prédispose aux prolapsus génitaux.

Les déchirures qui atteignent le sphincter anal se compliquent habituellement d'incontinence.

Les lésions dans lesquelles la tunique du rectum est elle-même perforée, entraînent à leur suite, outre les inconvénients précédents, la production par cicatrisation vicieuse de fistules recto-vaginales dont la cure secondaire est difficile, et qui sont l'origine de complications sérieuses plus ou moins éloignées (métrite, cystite, etc...).

Au point de vue des accouchements futurs, les lésions du périnée peuvent être une cause de dystocie. Bien qu'elles déterminent le plus souvent des modifications du vagin, de la vulve ou du périnée, ces lésions ne sont pas exactement limitées et d'habitude elles intéressent plusieurs de ces régions. Aussi, sommes-nous susceptibles de rencontrer deux variétés de dystocie : cervico-vaginale et périnéo-vulvaire.

Dans la dystocie cervico-vaginale, le fœtus, poussé par la contraction utérine ne peut vaincre les obstacles qui lui résistent et que constitue le tissu cicatriciel vaginal. Il arrive qu'une intervention abdominale devienne nécessaire.

Dans la dystocie périnéo-vulvaire, l'obstacle peut se trouver, soit au niveau du périnée, soit au niveau de la vulve. Le périnée moins souple ne se dilate pas, et se rompt quand le fœtus le traverse.

S'il s'agit d'une étroitesse vulvaire, le dégagement de la tête se faisant lentement, le fœtus peut être en danger; l'épisiotomie devient alors nécessaire.

En matière d'accident du travail, l'expert devra fixer la durée de l'incapacité temporaire et évaluer, si cela est nécessaire, le taux de l'incapacité permanente.

Lorsqu'une plaie du périnée résulte d'un accident de

droit commun, il y a lieu d'envisager comme éléments du dommage : L'invalidité temporaire, l'invalidité permanente, si elle existe, le *pretium doloris*; ce dernier comportant lui-même plusieurs éléments que nous étudierons plus loin en détail.

Ferron (*Journal d'urologie médicale et chirurgicale de Paris*, 1921; tome XI, p. 265) cite le cas d'une fillette empalée en 1919. Voici cette observation résumée : Deux fillettes de 7 et 9 ans jouaient ensemble. Celle de 7 ans laisse tomber son chapelet par terre. Sa camarade en profite pour lui donner un coup de parapluie, pendant que celle-ci, penchée en avant pour ramasser son chapelet, a le bassin fléchi sur les cuisses à angle droit. La pointe du parapluie traverse les vêtements et pénètre dans la fosse ischio-rectale gauche.

On fait une laparotomie, on suture les tissus. Le lendemain, l'enfant meurt d'infection.

Keller (*Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1924, p. 74) rapporte l'observation d'une femme de 42 ans, multipare, qui fit une chute sur une perche piquée dans le sol, en tombant du haut d'un tas de fagots. La perche pénétra dans le vagin, perfora la vessie. La blessée fut opérée, elle guérit, et vingt-cinq jours après était en parfait état de santé.

OBSERVATION I.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur CHAVANNAZ)

Le 2 octobre 1932, la jeune F..., 19 ans, assise sur le siège arrière d'une moto est, au cours d'un virage effectué à grande vitesse, projetée dans un champ de vigne et s'empale sur un fragment de bois. On la relève sans perte de connaissance; du sang s'écoule en abondance par le vagin. Son médecin lui conseille d'entrer à l'hôpital et, le lendemain, elle est hospitalisée dans le service de clinique chirurgicale de M. le P^r Chavannaz.

A l'examen, on constate un hématome qui occupe la grande lèvre et la fosse ischio-rectale du côté droit, et une déchirure de la vulve en arrière. En écartant les lèvres, on voit que la partie latérale droite du vagin, dans sa portion périnéale, est déchirée com-

plètement sur une longueur qui s'étend de la symphyse pubienne à la tubérosité de l'ischion. L'urèthre est disséqué, mais non rompu. Les corps érectiles sont découverts. Le canal anal est intact.

L'examen d'urine montre de nombreux leucocytes, des débris épithéliaux, des cellules épithéliales, quelques hématies.

La formule sanguine est la suivante :

Hémoglobine	65 %	Poly	69 %
		Eosino	4 —
Leucocytes	6.800	Lympho	72 —
Hématies	2.600.000	Grands mono ...	1 —

Opération, le 3 octobre 1932 (D^{rs} Auché et Chastagnet). — Anesthésie générale à l'éther. Débridement de la fosse ischio-rectale; ablation des caillots et épiluchage de la plaie. L'urèthre et le rectum sont vus dénudés, mais intacts. On place une sonde dans l'urèthre, une mèche dans le vagin et une dans la plaie vulvaire dont on rapproche ensuite les tissus par un point au crin. Sérum antitétanique et antigangréneux.

Suites. — La cicatrisation a lieu par seconde intention.

La malade quitte l'hôpital le 18 novembre 1932. Il persiste, à la face interne du vagin, une surface granuleuse non recouverte de muqueuse.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance du D^r DOUAY, chirurgien des hôpitaux de Paris)

La jeune L..., 12 ans, fait, le 2 janvier 1921, une chute à califourchon sur un fagot; un fragment de bois pénètre exactement par l'hymen dans le vagin et se brise au ras de la vulve. Le médecin de la famille appelé, en faisant un effort d'extraction, a l'impression qu'un fragment est resté dans le bassin et qu'il ne reste qu'une partie du morceau de bois introduit dans le vagin.

Elle est apportée à l'hôpital Broca; le jour même, je (D^r Douay) parviens à placer un petit spéculum et je me rends compte qu'il n'y a plus aucun corps étranger dans le vagin. Je vois difficilement une petite plaie contuse du cul-de-sac postérieur et gauche.

Suites. — Fièvre et abcès de la fosse iliaque gauche. Incision au-dessus de l'arcade, qui évacue du pus sans débris apparents.

La plaie se fistulise et l'hypothèse d'un fragment de bois resté dans le bassin paraît de plus en plus justifiée.

Opération le 25 janvier 1921 (Douay). Anesthésie générale. Incision médiane. Empâtement profond du Douglas. L'ovaire et la trompe gauche sont enlevés pour faire du jour; ils sont intimement fixés à une tuméfaction plus profonde. On incise une poche de pus, qui conduit vers la partie latérale gauche de l'excavation. On débride prudemment cet abcès en évitant les vaisseaux, mais l'uretère a dû être coupé au cours de ce débridement, comme l'ont mon-

tré les suites opératoires. On finit par trouver, en réclinant le rectum, le bout de bois, long de 3 à 4 centimètres, incrusté dans le périoste du sacrum. On le détache avec la curette, car il se brise en petits morceaux. Lorsque l'ablation est complète, on met un petit Mikuliz. Fermeture partielle de la paroi.

Suites favorables, mais le troisième jour, l'urine s'écoule par le Mikuliz. Il s'agit d'une blessure de l'uretère gauche. En mars, néphrectomie gauche. Guérison.

Suites éloignées. — Les règles ont apparu le 6 mars 1925, à 16 ans.

Opérée d'appendicite en décembre 1925.

En 1933, jeune femme pleine de santé, bien réglée, qui se marie à 24 ans, en juillet.

OBSERVATION III.

(Inédite, due à l'obligeance du D^r Charles LASSERRE)

La jeune X..., fillette de 12 ans, montée sur une charrette de foin, s'amuse à glisser jusqu'en bas, lorsqu'à un moment, elle vint s'em-paler sur le manche d'une fourche qui était debout contre le véhicule. On la transporta à l'hôpital des Enfants, dans un état de shock très grave, seulement vingt-quatre heures après l'accident. Après laparotomie, on constata que le manche de fourche, après avoir pénétré par l'hymen dans le vagin et traversé le cul-de-sac droit avait perforé le méésentère et atteint le foie.

On fit les sutures nécessaires, on mit une mèche, mais l'enfant mourut, au bout de dix jours, de péritonite.

OBSERVATION IV

(Inédite, due à l'obligeance de M. le P^r Guyot)

Mme J..., 45 ans, journaliste, entre dans le service du P^r Guyot le 4 juin 1930. Elle a une hémorragie abondante de la vulve, à la suite d'une chute qu'elle a fait à califourchon sur un escabeau peu solide, dont les débris ont pénétré dans le périnée et la vulve.

On fait un tamponnement très serré ; l'hémorragie s'arrête, mais l'uretère est comprimé et la blessée ne peut émettre d'urine. On constate la présence de varices vulvaires importantes.

L'intervention est faite le jour même. On découvre l'uretère que l'on cathétérise ; l'urine, claire, s'écoule abondamment. Les vaisseaux qui saignent sont liés. On place une sonde de Petzer et on termine par un pansement serré du vagin.

Suites favorables ; on laisse la sonde et on renouvelle fréquemment les mèches antiseptiques. La température ne monte pas à plus de 38°6 le huitième jour. Le pouls bat à 94.

Le 14 juin, à 8 h. 30, la blessée commence à se plaindre de douleurs épigastriques et de sensations d'étouffement. Elle meurt à 3 heures du matin, d'une embolie partie de son plexus de Santorini.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Le 3 juillet 1932, Mme X..., 50 ans, attendait un tramway sur un refuge. Elle se baisse pour passer sous une des chaînes servant à canaliser les voyageurs, lorsqu'elle est happée par derrière, et projetée sur le sol, par une motocyclette dont un des freins lui pénètre dans le périnée.

Examinée le lendemain de son entrée à l'hôpital, cette femme présente :

1° Une plaie contuse profonde de la paroi latérale gauche du vagin. Il existe, à 2 centimètres de la vulve, une fente transversale de 4 centimètres environ, par où le sang s'écoule en abondance. L'exploration faite facilement, en introduisant deux doigts dans la plaie, montre un décollement important de toute la région. Ce décollement correspond, en surface, à la grande lèvre et à la région avoisinante du périnée jusqu'à la racine de la cuisse. Au palper bi-digital, la cavité apparaît exactement sous-cutanée. Profondément, elle s'étend jusqu'au cadre osseux nettement perceptible. Son volume approximatif est indiqué par celui d'une mèche double de 0 m. 50 qui a servi à faire l'hémostase;

2° Une contusion de l'épaule droite avec fracture sous-capitale;

3° Une fracture du rachis (X^e D.).

Revue en octobre, cette blessée a sa fracture de l'humérus consolidée et sa plaie du vagin parfaitement cicatrisée. La fracture de la colonne vertébrale a entraîné une paralysie des membres inférieurs.

L'ovariotomie postopératoire.

Certains traumatismes, portant sur une région du corps éloignée de la zone génitale, peuvent déterminer des lésions des organes génitaux et entraîner la castration partielle ou totale. Les modifications subies par l'organisme, à la suite de l'ablation des ovaires, varient avec l'âge du sujet ; les plus importantes étant : l'atrophie de l'utérus, l'atténuation des caractères sexuels secondaires, une tendance à l'obésité, des troubles vaso-moteurs et nerveux.

Le degré, le taux d'incapacité à fixer, l'indemnité à accorder, varieront selon l'âge de la femme et l'intensité des troubles.

Dans l'observation suivante, l'ovariotomie pratiquée n'a été suivie d'aucun trouble appréciable.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur LANDE)

Mlle L., 44 ans, au cours de son travail, se pique au médius gauche, le 21 janvier 1932. Elle continue à travailler quelques jours encore, mais un panaris se déclare et l'oblige à s'arrêter. On fait une incision. La suppuration persiste durant un mois. Pendant cette période, des phénomènes de réaction péritonéale apparaissent, qui nécessitent une laparotomie; on découvre et l'on extirpe un kyste de l'ovaire suppuré et fissuré. Une nouvelle intervention est faite pour la réfection de la paroi abdominale, à la suite d'une éventration consécutive à la suppuration de la plaie opératoire; on pratique en même temps une désarticulation du médius gauche.

M. le docteur Duvergey, nommé expert en justice de paix, émet l'avis que la septicémie, résultant du panaris du médius gauche, a causé la suppuration d'un kyste de l'ovaire préexistant.

Examinée par M. le professeur Lande, nommé expert par ordonnance du président du tribunal, Mlle L. ne présente pas de troubles appréciables résultant de la suppression de la fonction ovarienne, mais elle conserve, après la deuxième opération, que l'on a pratiquée pour la réfection de la paroi abdominale, une faiblesse de cette paroi, qui se laisse distendre au moment d'un effort, au point de nécessiter le port d'une ceinture.

CHAPITRE III

LES TROUBLES FONCTIONNELS POST-TRAUMATIQUES

(Troubles menstruels, troubles de la sécrétion lactée).

Les troubles de la menstruation.

A côté des traumatismes qui provoquent uniquement des lésions anatomiques, sans entraîner de troubles fonctionnels, nous devons mentionner tout un groupe, où nous observons une perturbation de la fonction menstruelle ou de la lactation; ces traumatismes pouvant, soit se traduire surtout par un choc émotionnel, soit s'accompagner de lésions anatomiques diverses, plus ou moins importantes, sur d'autres parties du corps que la zone génitale.

Nous nous bornerons à étudier le rôle de ces chocs émotionnels en gynécologie, nous réservant de les envisager dans leurs rapports avec l'obstétrique dans le chapitre suivant.

Le choc nerveux entraîne quelquefois une perturbation dans la fonction menstruelle, perturbation d'ordre émotionnel, ordinairement transitoire, qui peut devenir une déficience fonctionnelle permanente.

L'action de l'émotion sur la fonction menstruelle était connue dès la plus haute antiquité, mais pour avoir sur ce sujet un travail détaillé, il faut arriver à Astruc, en 1865. Réunissant les observations d'aménorrhées survenues au cours de chocs traumatiques, il individualise ce groupe sous le nom « d'aménorrhées accidentelles » et lui consacre une étude spéciale.

« Les règles, dit-il, sont parfois supprimées par la constriction convulsive du corps de la matrice qui se resserre et étrangle tout d'un coup les appendices veineux.

» Cette constriction est causée par :

» 1° Le froid qui saisit le corps;

» 2° Par quelque emportement de colère ou par quelque chagrin vif et imprévu ;

» 3° Par quelque impression de peur grande et subite.

» Ces trois causes agissent sur la matrice par un mécanisme, qui est celui de toutes les contractions convulsives qui dépendent ou des passions de l'âme ou des impressions sympathiques. »

« L'émotion, dit Dupré, est un traumatisme d'origine interne, de nature psychique, dont l'irradiation ébranle indirectement l'ensemble du système nerveux sympathique et cérébro-spinal. »

En 1882, Filt signale la paralysie brusque des ovaires : « Les ovaires et les seins, dit-il, sont stupéfiés par un choc nerveux comme la grenouille par l'électricité. »

Pour Dalché, les phénomènes utérins par acte réflexe ou inhibitoire sont indiscutables ; qu'il s'agisse de congestion ou d'ischémie, de ménorrhagie ou d'aménorrhée.

Avec Robin, il soupçonne une altération organique post-émotionnelle de l'ovaire, une véritable maladie de l'ovulation.

On admet aujourd'hui que l'émotion est susceptible d'engendrer des troubles tels qu'arrêt brusque des règles ou de la sécrétion lactée, qui traduisent un déséquilibre neuro-végétatif et endocrinien.

G. Balbet rapproche de l'émotion, au point de vue physiopathologique, les états commotionnels indépendants de toute lésion organique. « Les commotionnés, dit-il, sont des émotionnés, et de fait, les désordres portant sur l'appareil oculaire, les réactions vaso-motrices, les états d'anxiété constituent des témoins évidents du déséquilibre du système nerveux végétatif. »

Les troubles de la fonction menstruelle se manifesteront soit par une suppression complète des règles, soit par une diminution.

Les règles peuvent s'arrêter brusquement, du fait de l'accident surprenant la femme en pleine période menstruelle, ou l'écoulement menstruel ne se produit pas au moment attendu, postérieurement au traumatisme. La suppression des règles est de courte durée, ou dure plus ou moins longtemps, et peut même être définitive.

Dans ces dernières éventualités, mensuellement à l'époque où les menstrues doivent se montrer, certaines femmes accusent des troubles transitoires, tels que : douleurs lombaires et abdominales, sensation pénible de plénitude, de pesanteur pelvienne, écoulement leucorrhéique.

Simultanément, on pourra noter l'éclosion ou l'exagération des désordres aménorrhéiques tels que : céphalée, bouffées de chaleur, poussées congestives. On cite également d'autres troubles : la tachycardie, le gonflement du cou, l'apparition d'éphélides; les règles peuvent être remplacées par des épistaxis, du purpura, des hémoptysies, du méloëna, des écoulements mamelonnaires, etc...

Dans le domaine du système nerveux, on note de la céphalée, des modifications du caractère, un nervosisme plus marqué, une hyperexcitabilité, de l'insomnie ou un sommeil peuplé de cauchemars, de l'asthénie neuro-musculaire, etc...

De tels accidents éclatent parfois, et sont d'autant plus accusés que l'aménorrhée est apparue plus rapidement et que l'équilibre fonctionnel du système glandulaire est déjà compromis.

Il faut reconnaître par contre que les exemples sont nombreux, où la suppression rapide des menstrues n'entraîne aucune perturbation dans l'état général. La santé reste satisfaisante.

Au lieu de la disparition des menstrues, nous pourrions observer une diminution de leur durée et de leur abon-

dance. L'hypoménorrhée se manifeste par un simple déséquilibre, qu'objectivent des retards, la raréfaction de l'écoulement sanguin, syndrome dysménorrhéique auquel s'ajoute quelquefois l'élément douleur.

Le pronostic varie selon que l'aménorrhée est transitoire ou définitive.

Si elle est définitive, elle sera suivie, à brève échéance de ménopause prématurée, atrophie du col puis du corps utérin.

Au point de vue médico-légal, il importe tout d'abord de ne pas rapporter au choc psychique, une suspension des règles qui dépendrait, complètement ou partiellement, d'une autre cause.

La recherche de la grossesse s'impose en premier lieu. Il sera facile, en outre, de diagnostiquer les cas d'aménorrhée conséquences d'une intoxication professionnelle ou endogène (hydrargyrisme, goutte, diabète, morphinisme, brightisme) d'une infection chronique telle que la tuberculose, la syphilis, le paludisme, d'une cardiopathie, de l'anémie pernicieuse, d'une affection des voies digestives telle que les : dyspepsies, l'helminthiase, etc...

Il y aura lieu de tenir compte de l'intensité du choc provocateur qui est un facteur de première valeur, du terrain, les malades hyperémotives réagissant vivement à l'ébranlement psychique qu'elles auront subi. Souvent l'aménorrhée survient chez une femme à fonction menstruelle jusqu'alors normale, à appareil génital indemne de toute tare. Il arrive cependant qu'une insuffisance ovarienne antérieure crée une prédisposition locale. Cette prédisposition ne jouera pas dans les accidents du travail.

Chez les accidentées du travail ou de droit commun l'évolution est difficile à prévoir, et délicate l'évaluation du préjudice causé.

L'intensité, la diversité des désordres relèvent autant de l'auto-suggestion, de l'influence de l'entourage, que du déficit menstruel lui-même. Pour peu qu'une pensée de con-

voitise s'ajoute à ces tendances hypochondriaques, et fortifie la femme dans sa conviction d'incapacité du travail, l'aménorrhée et son cortège de désordres et de complications, peuvent devenir particulièrement tenaces.

Les affirmations, mêmes catégoriques de la femme, en ce qui concerne l'origine des accidents, ne sauraient suffire; le médecin devra toujours procéder à un examen minutieux, afin de s'assurer que le trouble de la fonction menstruelle n'est pas la signature d'une affection organique.

OBSERVATION I (résumée)

(Thèse Vidal, 1905. Obs. de M. le Pr SABRAZÈS)

Une jeune fille de 20 ans, domestique, tombe malade à la suite de la peur violente qu'elle ressent en voyant brûler ses vêtements. Au moment de l'accident, elle allait être réglée; elle le fut, en effet, mais très peu. Les règles, considérablement diminuées, ne durèrent qu'un jour, au lieu de trois comme auparavant. La malade éprouva d'abord de la fatigue, puis des maux de tête; son appétit devint capricieux.

L'examen clinique ne montra rien d'anormal, si ce n'est un aspect chlorotique, correspondant à une anémie réelle contrôlée par le laboratoire.

Cette aménorrhée et la chlorose avaient été consécutives à la peur, mais selon Vidal, elles étaient absolument indépendantes l'une de l'autre.

OBSERVATION II (résumée)

(Thèse Monbiot, 1920)

Mme G..., 38 ans, domestique, est transportée, le 22 octobre 1914, à l'Hôtel-Dieu. Cette femme, jusque-là bien portante, bien réglée, présente un syndrome méningé.

Le 21, les règles apparaissent, pour s'arrêter brusquement le lendemain, après un accident de chemin de fer; elles durent habituellement cinq jours. La blessée, asthénique, se plaint d'une vive céphalée. Toutefois, elle regagne bientôt Paris et reprend ses occupations. Le 27, elle est prise, dans la rue, d'un étourdissement et tombe en syncope. On la transporte chez elle. Les 28 et 29 apparaissent des vomissements jaunâtres très fréquents; la céphalée est plus intense que jamais. On décide la malade à entrer à l'hôpital où elle se présente avec un syndrome méningé très net : raideur de

la nuque, signe de Kœrnig, strabisme, céphalée, photophobie, syndrome qui disparaît le 4 novembre, date de la reprise des règles.

OBSERVATION III.

(Inédite due à l'obligeance de M. le professeur LANDE)

Mme T..., 34 ans, est blessée au cours d'une collision d'automobile, le 21 mai 1931; elle perd connaissance. Lorsqu'elle reprend ses sens, dans la pharmacie où on l'a transportée, elle se plaint de souffrir de la poitrine qui a été fortement contusionnée; elle présente des signes cliniques d'un état de shock nettement caractérisé, et certifié par le médecin qui a été appelé à lui donner des soins.

Au moment de l'accident, Mme T... était au commencement d'une période menstruelle. Les règles qui, d'habitude, duraient six jours, s'arrêtèrent immédiatement et firent leur réapparition le mois suivant, à la date normale. Tandis qu'avant le traumatisme subi, les règles, non douloureuses, ne provoquaient aucun trouble, il y eut à chaque époque menstruelle, pendant deux ou trois mois, de la tachycardie, du tremblement de tout le corps, avec sensation de grande fatigue obligeant la malade à rester alitée pendant deux jours. Par la suite, les troubles s'atténuèrent grâce au traitement préventif (sédobrol, puis gardénal). Commencé une quinzaine de jours avant les époques menstruelles, ce traitement devait être encore suivi plus d'un an et demi après l'accident.

Les troubles de la sécrétion lactée

Nous signalons en passant des troubles analogues dans la sécrétion lactée. Parler des traumatismes du sein constituerait un travail qui sortirait des cadres de notre thèse; aussi les laisserons-nous de côté.

Les observations elles-mêmes sont rares, et nous n'avons pu en relever qu'en parcourant la littérature médicale. Nous savons déjà depuis longtemps qu'il est d'usage courant, et tout à fait populaire, que la nourrice doit écarter d'elle toute émotion, dans la crainte que celle-ci ne soit la cause d'un certain trouble de la lactation. Nous pouvons dire, avec Marfan et Heidenhain, que la glande mammaire ne paraît pas être un filtre mais une réunion de cellules actives et complexes dans leurs fonctions vitales. C'est un appareil sécrétoire hautement différencié qui est, comme toutes les glandes, sous la dépendance du système nerveux

et des nerfs vaso-moteurs, ce qui explique fort bien qu'il réagisse en suspendant ou en diminuant la sécrétion, et en variant également le dosage constitutif du lait. Il est admissible que les traumatismes physiques ou psychiques puissent alors avoir une action fâcheuse sur la sécrétion lactée.

Planchon, dans l'*Obstétrique* (mai 1902), cite des observations tirées de la consultation des nourrissons de la clinique Tarnier, dans lesquelles l'influence des émotions est manifeste, et où elles entraînent la cessation, le plus souvent momentanée, mais quelquefois décisive de l'allaitement maternel.

Comby dans son *Traité des maladies de l'enfance* (1897, V. 1, p. 19) rappelle que :

« Certaines maladies, certaines indispositions, la frayeur, peuvent arrêter la sécrétion lactée ».

« A maintes reprises, dit Marfan, nous avons signalé l'influence des émotions passagères sur la sécrétion lactée. Une colère, une frayeur de la nourrice, peuvent la diminuer et communiquer au lait des propriétés nuisibles, puisque, en cette occurrence, le nourrisson peut être pris de diarrhée et diminuer de poids. Mais ces modifications ne sont pas durables, n'obligent pas à interrompre l'allaitement. Au contraire, les émotions dépressives et de longue durée provoquent une diminution et une altération permanente de la sécrétion lactée ; alors dans l'intérêt de la mère il vaut mieux décider la cessation de l'allaitement. »

Les variations de la sécrétion lactée porteront soit sur la qualité du lait soit sur la quantité. L'ébranlement nerveux du fait d'un traumatisme, en modifiant ainsi la qualité, pourra avoir une répercussion immédiate sur l'organisme du nourrisson. L'amaigrissement est, avec les troubles gastro-intestinaux, le symptôme le plus souvent observé. — Hortensius a connu une personne, dont l'enfant a été subitement pris de diarrhée pour avoir été allaité par sa mère, immédiatement après que celle-ci eût éprouvé une grande frayeur. — Bouchut, étudiant chimiquement les variations qualitatives du lait d'une femme qui vit son lait diminuer

sous l'influence d'une frayeur, le trouve altéré dans sa composition. Vernoy de même analyse celui d'une femme, avant et après le choc nerveux qu'elle a subi, et obtient des résultats tout à fait probants en faveur d'un appauvrissement du lait, d'une variation dans le dosage de ses éléments constitutifs. De là ce retentissement néfaste sur l'état général du nourrisson, qui se traduit par des troubles digestifs et une perte de poids à la suite d'un choc nerveux.

Fabre, dans sa thèse (1904) rapporte à ce sujet d'intéressantes observations.

B. Les traumatismes au cours de la gestation.

Quand on envisage le traumatisme dans ses rapports avec la grossesse, c'est très souvent pour l'accuser de compromettre celle-ci. Fût-il bénin, comme le peut être la trépidation d'un véhicule, qu'on le rend quand même parfois responsable d'un avortement. On sait en effet que, tandis que certaines femmes ne voient pas leur grossesse interrompue, malgré des violences considérables telles que celles sur lesquelles nous aurons à revenir, d'autres, au contraire, font une fausse-couche après le moindre traumatisme, par suite d'une susceptibilité particulière, d'une irritabilité de l'utérus.

Nous ne distinguerons pas comme le font habituellement les auteurs, trois groupes parmi les faits d'interruption de la grossesse (avortement, accouchement prématuré, mort du fœtus *in utero*). Nous emploierons le terme d'avortement dans celui d'expulsion prématurée du produit de la conception, indépendamment de toutes les circonstances d'âge et de viabilité de ce produit.

L'existence des avortements d'origine traumatique n'a jamais été niée et les traités d'obstétrique en font tous mention. Fréquemment l'origine traumatique a été considérée comme prépondérante, dans des cas d'avortements où elle ne jouait qu'un rôle tout à fait secondaire et accessoire, l'interruption de la grossesse étant liée à des causes générales ou locales, qui passaient inaperçues faute de données cliniques, anatomo-pathologiques et sérologiques précises. La question a été l'objet de nombreuses communications et de multiples discussions ; elle n'a été bien étudiée et pour

ainsi dire complètement résolue qu'à la suite des travaux des auteurs modernes tels que Brindeau, Metzger, Lepage, Keiffer, etc...

Parmi les observations que nous avons pu recueillir dans les services d'hôpitaux ou puiser dans la littérature médicale nous en rencontrons deux variétés :

Celles dans lesquelles le rapport de cause à effet est tellement évident que le traumatisme est bien la cause de l'interruption de la grossesse.

Et celles où le rôle du traumatisme est plus ou moins douteux.

Nous rapporterons entre temps quelques observations de traumatismes accidentels divers, qui n'ont pas provoqué l'interruption de la grossesse.

CHAPITRE PREMIER

TRAUMATISME PORTANT SUR LA ZONE GÉNITALE OU SUR UNE AUTRE PARTIE DU CORPS

Les aspects cliniques sous lesquels se présenteront les faits d'interruption de la grossesse, consécutifs à des traumatismes accidentels, varieront selon le mode d'interruption :

1° Tantôt, mais le fait est rare, nous verrons l'utérus se rompre, et le fœtus passer quelquefois par la lésion dans la cavité abdominale ;

2° Tantôt l'avortement semble s'effectuer comme un avortement spontané banal ;

3° Tantôt, il s'accompagne des signes cliniques et anatomopathologiques de l'hémorragie rétro-placentaire ;

4° Ou il s'agit de la mort du produit de conception, qui peut ne pas être suivi immédiatement de l'expulsion, et qui se traduit par un état de rétention dont la durée varie, selon Metzger, de quelques jours à deux mois ;

5° Il s'agit de rupture prématurée des membranes et d'avortement prématuré proprement dit.

1° *Les ruptures traumatiques de l'utérus.* — Les cas de ruptures de l'utérus sont très rares. A Paderborn, sur 11.000 accouchements pratiqués au cours de ces 20 dernières années, Scheyer a relevé dans une clinique, 10 ruptures utérines dont 5 spontanées et 5 par violence.

Dans le *Medizinische Klinick*, tome XXV, n° 18, 3 mai 1929, Jaroschkai (résumé) cite le cas d'une femme de 29 ans, IV pare, qui au cours de sa dernière grossesse a fait trois fois des chutes. A la suite de la première n'a plus senti

remuer ; elle arrive aussitôt après la troisième chute dans un état qui fait songer à une péritonite.

On intervient : on trouve un utérus déchiré sur sa face antérieure et un fœtus mort. On fait une hystérectomie. A l'examen histologique, on ne constate aucune modification de la musculature, qui explique cette rupture et qui permette de supposer que la première chute ait déjà lésé les parois utérines. Dans l'*Archiv für gynäkologie*, v. 121, 1924, p. 92, Frey rappelle que ces cas sont rares, que, par exemple, Hinterstoisser en observa un en 1907, et un autre en 1921. Lui-même en cite un cas chez une femme de 39 ans, enceinte de 7 mois, employée dans un moulin, qui fit une chute de quatre mètres sur le pavé. Aussitôt après l'accident, elle saignait du nez et des oreilles, et elle ressentit des douleurs dans tout le corps. Elle revint chez elle, montant ses deux étages avec l'aide de deux personnes. Un médecin appelé constata des contusions des deux seins et du ventre. La malade ne sentit plus remuer ; le lendemain, elle entra à la clinique de Zurich où elle fut opérée. On constata une rupture de l'utérus, qui avait donné issue dans la cavité abdominale au fœtus et au placenta.

De telles lésions entraînent une mortalité fœtale constante et une mortalité maternelle élevée de 60 %.

Thorn cependant rapporte dans *The British medical Journal*, London, (1921, 1, 459), l'observation d'une femme qui après opération mena à bien sa grossesse, malgré la déchirure de l'utérus qu'elle se fit en tombant sur les rails, déchirure par laquelle le fœtus, le placenta et les membranes étaient tombés dans la cavité abdominale.

2° Les observations où l'avortement s'effectue comme un simple avortement spontané sont nombreuses et les traumatismes invoqués sont d'une variabilité extrême. Il ne faut certes pas, quand un accident de cette sorte atteint une femme enceinte, admettre trop facilement l'origine traumatique. Et souvent nous devons rester très sceptiques sur ce que disent les malades, surtout lorsque l'avortement

se produit dans les premiers mois, parce que c'est à cette période et non à la période tardive que la femme cherche à se débarrasser du produit de la conception.

C'est pourquoi, parmi les observations que nous avons recueillies, nous admettons pour certaines l'hypothèse de manœuvres criminelles, malgré la réalité du traumatisme, l'action de celui-ci nous ayant paru plus que douteuse.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le P^r Guyot)

Mme J... fait, le 1^{er} juin 1932, en dansant, un avortement de deux mois. Depuis vingt-neuf jours, la malade prenait part au « Marathon » de Bordeaux, concours d'endurance de danse; et depuis lors, dansait jour et nuit, ne disposant, pour s'alimenter et dormir, que d'un quart d'heure de répit par heure.

L'infirmière de service dut intervenir, pour faire abandonner sa performance à la danseuse qui ne pouvait s'y résoudre, malgré de violentes coliques et l'émission de caillots. Transportée à l'hôpital, la malade subit un curage. Sortie le 5 juin, elle pouvait à nouveau se livrer à ses exercices jusqu'à ce que, épuisée, fébricitante, continuant à perdre du sang, elle dût à nouveau se résoudre au repos et aux soins dans le service de M. le professeur Guyot.

Cette jeune femme était auparavant en parfaite santé, n'avait jamais souffert du ventre, ni eu des pertes blanches; elle n'avait pas fait de fausse couche antérieure.

Dans sa thèse (Paris, 1931 : accouchement prématuré) Nguyen cite le cas de deux jeunes femmes, chez lesquelles on ne trouvait aucune autre cause susceptible d'expliquer l'interruption de la grossesse, et qui avaient accouché prématurément, le 15 juillet, pour avoir, ont-elles prétendu, dansé durant toute la nuit du 14.

Il est logique, semble-t-il, d'admettre que la danse, avec la trépidation incessante dont elle s'accompagnait, et le surmenage qu'elle exigeait fatalement, ait pu, chez notre danseuse professionnelle, amener l'interruption de la grossesse; on peut considérer comme plus douteuse l'étiologie alléguée par les deux danseuses de l'observation de Nguyen.

Dans les observations suivantes, l'avortement est dû à des traumatismes plus violents, consécutifs à des chutes de bicyclette, de voiture, à des chutes dans les escaliers, avec contusion de l'abdomen, des genoux, etc...

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le P^r GUYOT)

M^{me} L..., 28 ans, laitière, enceinte de trois mois, fit une chute du haut de la voiture qu'elle était chargée de conduire, le 24 avril 1930, à 13 heures.

On la releva avec des contusions superficielles au niveau des deux cuisses. Elle ne présentait rien au point de vue génital, et ce n'est que le lendemain, à 5 heures du soir, qu'elle eut une hémorragie utérine abondante nécessitant son entrée d'urgence à l'hôpital. Elle perdait encore à son arrivée ; le poulx était à 96, assez bien frappé. La T. A. était de 9,6. On procéda à un curage digital qui fut difficile, car le col ne se laissait pas dilater.

On parvint néanmoins à ouvrir la partie antérieure et latérale de la cavité utérine et aussi la corne droite où le placenta était assez adhérent.

Devant l'infection qui débuta le lendemain, M. le P^r Andérodias décida l'hystérectomie immédiate. La température, de 41°, tomba à 37° ; l'état général devint bon. Puis la température et le poulx remontèrent, la malade toussa, les phénomènes septicémiques s'aggravèrent et le décès survint le 6 mai dans le collapsus.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le P^r Metzger)

M^{me} D..., 21 ans, ménagère, enceinte de six mois, fait une chute dans l'escalier ; elle tombe à genoux et, deux jours après, elle éprouve de violentes coliques qui l'obligent à entrer à l'hôpital, où elle expulse un fœtus. On constate la présence de deux ecchymoses au niveau des régions rotuliennes droite et gauche. Depuis le début de la grossesse, la femme perdait constamment, dit-elle, une petite quantité de liquide rosé, plus abondante à l'époque des règles.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le P^r Metzger)

M^{me} D..., 27 ans, enceinte de trois mois, fait une chute dans un escalier, le 5 septembre 1931. Trois jours après, elle éprouve des douleurs violentes dans la région lombaire et au niveau du

bas-ventre, interdisant tout travail. Vers le 12 septembre, étant sur une chaise longue, elle se sent mouillée par une grande quantité de liquide et, le lendemain, apparaissent de petites pertes rosées qui augmentent en quantité et qui deviennent franchement rouges ; finalement la femme assiste à l'expulsion d'un caillot de la grosseur d'une mandarine, noirâtre et non fétide. La malade s'alite, durant dix jours, et les hémorragies et les douleurs ne s'arrêtant pas, se décide à entrer à l'hôpital. Le lendemain de son arrivée, elle est réveillée par des douleurs très vives dans le bas-ventre, expulse deux ou trois caillots, puis le fœtus.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le P^r Metzger)

M^{me} M..., 20 ans, travaillait à balayer un escalier, le 23 novembre 1932, lorsque, perdant l'équilibre, elle tomba, descendant tout un étage. En se relevant, elle fut prise de violentes douleurs dans l'abdomen et constata immédiatement une hémorragie abondante. Elle se coucha et continua à perdre pendant trois jours, mais peu abondamment. Un médecin fit un tamponnement vaginal. Elle resta alitée quinze jours, puis les hémorragies reprirent et la malade expulsa un fœtus de cinq mois.

3. — *Décollement traumatique du placenta.* — D'après la thèse de Goldenberg, Paris : 1932 : *Contribution à l'étude du décollement traumatique du placenta.* Il résulte que l'étiologie traumatique de certains décollements placentaires au cours de la gestation paraît démontrée par quelques rares observations.

Il ressort de la *thèse de Lelong* (Paris 1901) que si le traumatisme est une cause certaine de décollement prématuré du placenta, il faut toutefois qu'il soit assez violent et porte, à travers la paroi abdominale, sur l'utérus. De plus, il faut que le placenta soit inséré à la paroi antérieure de l'utérus ; on observe, en effet, en lisant les observations de Lelong que la corrélation entre le traumatisme et le décollement du placenta est établi d'une façon certaine, seulement dans les cas où le choc a porté sur l'abdomen, mais à égalité de violence si le placenta est inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, les vaisseaux utéro-placentai-

res ont moins de chance d'être déchirés, protégés qu'ils sont par un épais matelas antérieur qui sert d'amortisseur.

Dans l'observation (résumée) de *Wolthard*, du *Schweitzer Md. Wochensch.*, 1927, p. 212 : Une primipare de 27 ans, enceinte de six mois et demi, fut tamponnée par un cycliste, et tomba sur la barre de direction. Elle éprouva au moment même de l'accident une douleur abdominale, qui toutefois ne l'empêcha pas de retourner chez elle. Ce n'est que huit jours après qu'elle remarqua une augmentation de volume de son ventre, en même temps que des coliques utérines et une hémorragie légère faisaient leur apparition. A l'examen, on constatait tous les signes d'un décollement prématuré : volume anormalement gros de l'utérus, contracture tétanique, disparition des bruits du cœur, signes d'hémorragie interne. La césarienne vaginale permit d'avoir un enfant pesant 2 kilos 500, en même temps qu'un placenta complètement décollé et de nombreux caillots. La malade ne présentait pas de marque de contusion et n'était pas hypertendue. Elle sortit après guérison complète.

4. *Mort du fœtus in utero*. — Il peut y avoir aussi, du fait du trauma, mort du fœtus, et rétention pendant quelques jours ou quelques semaines.

OBSERVATION I

due à l'obligeance du P^r Metzger.

1. M^{me} F..., 30 ans, sexipare, vendeuse, était tombée à plat-ventre dans le magasin où elle travaillait, alors qu'elle était enceinte de cinq mois. Ceci se passait au début de décembre 1930 ; depuis elle ne sentait plus remuer. Quelques jours après sa chute, survint une perte de sang qui dura deux heures. L'hémorragie persista, légère, durant trois jours, accompagnée de coliques. Le 28 décembre, au matin, les coliques reprirent, ce qui n'empêcha pas la malade de continuer son travail. Le soir, les douleurs devinrent plus intenses, des contractions apparurent, à la suite desquelles un fœtus mort-né fut expulsé. La malade entra à l'hôpital, où elle perdit du sang durant trois jours ; le 2 janvier l'hémorragie cessa, elle reprit le 8. Le 12, on fit un curetage pour enlever un polype placentaire. La malade quitta le service en bonne santé.

OBSERVATION 2

due à l'obligeance du Pr Guyot.

2. M^{me} L..., 30 ans, journalière, fait une chute de bicyclette le 2 juillet 1931. Le lendemain, elle expulse un gros caillot de sang, au cours d'une perte sanguine abondante. Elle entre à l'hôpital ; on pense à une grossesse avec annexite gauche. La malade reste en observation. Le 17 août apparaît une crise douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite.

Le 7 septembre, on trouve en avant une grosse masse douloureuse, qui s'étend jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic.

Le 10, surviennent des coliques, et un fœtus mort de quatre mois est expulsé.

Un curettage est fait. La malade guérit.

OBSERVATION 3

(Brindeau, Annales de Médecine légale, 1931).

Le 2 juin 1930, M^{me} E. G..., âgée de 27 ans, secondipare, enceinte de quatre mois, subit des contusions légères et eut une syncope, au cours d'un déraillement.

Treize heures après l'accident surviennent des douleurs dans le ventre, douleurs accompagnées de légères pertes sanguines. Elle continue à perdre un peu de sang noirâtre, malgré le repos. Quatorze jours après, évacuation brusque d'une petite quantité de liquide rosé. Le vingtième jour, la malade entre à la clinique Tarnier, où l'on trouve un utérus gros, un col entr'ouvert ; pas de fièvre. Dans la journée, M^{me} G... est prise de douleurs et expulse un fœtus, puis un placenta. Le fœtus, mort et macéré, semblait mort depuis trois semaines.

Il paraît certain que l'accident a provoqué la mort du fœtus.

1° La femme bien portante (B. W.) a déjà eu un enfant qui vit encore ; elle n'a jamais fait de fausse-couche ;

2° La mort du fœtus semble remonter à trois semaines date de l'accident ;

3° Le fœtus, d'après ses dimensions avait trois mois et demi.

La mort a dû être produite par un décollement placentaire qui s'est exagéré par la suite.

Ce décollement semble avoir été provoqué par contraction brusque des muscles de l'abdomen — d'après Brindeau — plutôt que par choc direct.

5. Rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré proprement dit. — Nous avons vu plus haut

que la rupture des membranes, un certain temps avant le terme normal de la grossesse, était une cause de l'interruption de celle-ci, en entraînant ordinairement l'accouchement d'un enfant prématuré.

OBSERVATION

due à l'obligeance du Pr Metzger.

M^{me} L... IV pare, 40 ans, enceinte de 7 mois, femme de ménage, serait tombée à plat ventre dans l'escalier, le 24 décembre 1933 ; le lendemain matin, elle perd une grande quantité de liquide « semblable à de l'eau ». Elle ne souffre pas ; la température atteint 39° ; le 26, survint une procidence du cordon, puis la malade, durant deux jours, est prise toutes les demi-heures environ, de crises douloureuses dans le bas-ventre. Finalement elle expulse un fœtus de 7 mois.

CHAPITRE II

AVORTEMENT ET CHOC ÉMOTIONNEL

Dans l'étiologie des avortements, beaucoup d'auteurs font intervenir les traumatismes d'ordre psychique, purement émotionnel.

C'est une notion courante que les émotions vives ont une influence sur la gestation.

Dans Witkowski (*Hist. des accouchements*), on lit que « chez les Comanches, si le travail est laborieux, la patiente est conduite en plaine, un guerrier enfourche un cheval fougueux et se dirige à toute vitesse sur la parturiente, mais arrivé auprès d'elle, il tourne la bride de côté et l'évite. Cette pratique bizarre, par la peur qu'elle provoque serait souveraine pour déterminer l'expulsion rapide du fœtus ».

Mauriceau semble avoir été l'un des premiers à admettre l'influence abortive de la commotion : « J'ai vu des femmes avorter, dit-il, par le seul bruit des grands éclats de tonnerre. »

Baudelocque fut appelé auprès d'un grand nombre de femmes, en train d'expulser leur fœtus, à la suite du choc émotionnel qu'elles ressentirent au cours de l'explosion d'une poudrière à Grenelle.

Tarnier, Budin, Varnier, ont aussi incriminé les émotions violentes dans certains avortements, de même que des auteurs modernes tels que Brindeau, Metzger, Vignes, Keiffer.

La participation du sympathique dans les avortements consécutifs à des émotions a été signalée par Keiffer, qui fait comprendre comment : « L'influence émotionnelle

peut entraîner pour l'utérus des réactions motrices capables de provoquer le spasme utérin ou l'inhibition, et partant l'hémorragie. »

Récemment, Brindeau, à la Société de Médecine légale ayant cité deux cas d'avortement post-émotionnel, dit : « Je pense qu'on peut affirmer qu'un traumatisme n'intéressant pas l'utérus ou mieux, qu'une émotion très vive est capable de provoquer la mort du fœtus *in utero*. »

Duvoir rapporte également deux observations dans les *Annales de Médecine légale* (1932) (*Avortements et accidents d'auto*) et voici ses conclusions : « En ce qui concerne les traumatismes psychiques, c'est-à-dire les émotions, la littérature médicale est infiniment moins riche que pour les traumatismes physiques. Il est difficile d'admettre, comme origine de l'avortement, le mécanisme de l'hémorragie intra-placentaire minime si souvent observé dans les traumatismes physiques. Ce mécanisme n'est cependant pas impossible, sous l'influence d'une poussée hypertensive, ainsi que cela a été observé pour certaines hémorragies cérébrales chez des prédisposées. Si l'on admet l'avortement émotif, on peut aussi bien faire jouer un rôle au système nerveux végétatif qui, perturbé, déclencherait l'avortement. »

« Une de mes clientes qui avait déjà trois enfants, bien portants, chez laquelle j'avais constaté l'existence d'une grossesse de 7 mois, avec fœtus de 7 mois, subit une émotion violente en voyant dans la rue un individu renversé par un taxi ; elle rentre chez elle, se couche et me téléphone pour me dire qu'elle ne sentait plus remuer.

« Je vais la voir le lendemain, et je n'entends plus les bruits du cœur ; la femme n'avait perdu ni sang, ni liquide amniotique, et n'avait ressenti aucune douleur. Six semaines après, elle accoucha d'un fœtus mort et macéré, mort depuis un mois et demi. Les suites de couches furent normales, et la femme eut une nouvelle grossesse qui se termina par la naissance d'un enfant vivant. »

Après les observations ci-dessus rapportées, qui semblent

assez concluantes, serons-nous tentés d'admettre que les traumatismes ont une action abortive certaine, et qu'ils ont une influence prépondérante dans tous les cas où ils entraîneront une interruption de la grossesse ? Eh bien non, car très nombreuses sont dans la littérature les observations de traumatismes de toutes sortes, parfois considérables, accompagnées d'émotions violentes, qui n'ont pas interrompu le cours de la grossesse.

On a vu des femmes, dit Brindeau dans la *Pratique de l'accouchement* (1926), « expulser le produit de la conception à la suite d'un traumatisme léger et d'autres femmes, qui ont continué leur grossesse après une chute violente ayant produit une fracture du bassin ou de la colonne vertébrale. Certaines femmes ont reçu des coups de corne dans l'abdomen, et malgré une plaie perforante, ont non seulement guéri, mais continué leur grossesse. »

Dans sa thèse, *sur l'influence des traumatismes sur la grossesse* (Paris 1873), Massot, par exemple, cite l'observation suivante de Fainhauty : Une femme arrivée au sixième mois de sa grossesse, se fit une fracture du bassin. L'utérus fut lésé (sans plus de précision). Malgré cela, la grossesse continua son cours et la fracture se consolida normalement.

Vibert encore (*Précis de Médecine légale*, 1896), a observé le cas d'une femme enceinte de trois mois, qui se trouvait dans un train lors d'un accident de chemin de fer, à Saint-Mandé. Elle fut fortement contusionnée ; dans le compartiment où elle était, deux de ses enfants furent tués et son mari blessé, sa grossesse ne fut cependant pas interrompue.

Voici donc quelques observations particulièrement intéressantes, recueillies dans les services d'hôpitaux ou puisées dans la littérature moderne et ancienne, d'interruption de grossesse consécutive à des traumatismes accidentels, et de traumatismes accidentels non suivis d'interruption de grossesse.

*
* *

A propos d'observations aussi opposées et contradictoires, nous sommes tout naturellement amené à nous demander la raison de cette extrême variabilité de l'action abortive des traumatismes. Les auteurs anciens avaient bien signalé cette variabilité, mais ne pouvaient formuler des conclusions précises, étant donnée l'insuffisance des données étiologiques, anatomo-pathologiques et sérologiques. Une notion primordiale se fit jour insensiblement pour l'expliquer, c'est celle de la prédisposition individuelle à l'avortement. Autrefois, admise par les uns, rejetée par les autres, elle ne fut définitivement acceptée par les auteurs, qu'à partir, semble-t-il, du travail de Guéniot (1876) ; les progrès de l'obstétrique, et la découverte de nouvelles causes précises d'interruption de la grossesse, avec notamment les nombreux travaux sur le placenta praevia, l'albuminurie gravidique, la syphilis, l'endométrite déciduale, pour n'en citer que les principaux, semblent n'avoir fait que confirmer cette notion de l'importance de la prédisposition à l'avortement, liée à une susceptibilité individuelle, à une irritabilité particulière, et souligner la nécessité d'un diagnostic étiologique serré dans tous les cas d'avortements consécutifs à un traumatisme. De l'ensemble des opinions les plus autorisées des auteurs modernes sur l'action des traumatismes sur la grossesse, il se dégage une notion primordiale, celle de la prédisposition à l'avortement. Les quelques divergences paraissent porter surtout sur des nuances.

OBSERVATION I

(Inédite due à l'obligeance du D^r Lafargue, chirurgien
des hôpitaux.)

M^{me} B..., 32 ans, mère de trois enfants de 9, 7 et 5 ans, est victime en juillet 1930 d'un grave accident d'auto. Elle est projetée à cinq ou six mètres en avant de la machine qui a capoté, et on la ramasse inanimée sur la route.

L'examen montre un état de shock très prononcé et des signes de fracture du bassin : douleurs au niveau de la région latéro-pubienne et de l'articulation sacro-iliaque gauche avec impotence du membre inférieur correspondant. La gravité de cette lésion augmente du fait que M^{me} B... est enceinte de sept mois et demi. Le sondage ramène des urines sanglantes.

En raison de l'état de shock et des contractions utérines prémotrices d'un accouchement possible, on se borne à réchauffer la blessée, à faire une piqûre de morphine avec des toni-cardiaques et l'on place une sonde à demeure dans la vessie.

Dans les heures suivantes, le shock se dissipe, l'hématurie diminue, mais les contractions utérines persistent. Douze heures après l'accident, elles sont devenues telles, qu'une émission par le vagin de liquide, que l'infirmière prend pour du liquide amniotique, entraîne l'appel d'un accoucheur. Celui-ci croit à l'imminence de l'accouchement et, pour l'activer, pratique une piqûre d'extrait hypophysaire. Malgré cette thérapeutique, l'accouchement n'a pas lieu ; bien mieux, les contractions s'espacent petit à petit et cessent au bout de vingt-quatre heures. Comme l'urine est de moins en moins sanglante et qu'il n'y a aucune réaction fébrile générale ni inflammation du côté du tissu cellulaire du bassin, on reste dans l'expectative et l'on s'abstient de pratiquer une cystostomie.

Au bout de quinze jours, une radiographie montre un trait de fracture antérieure intéressant la branche pubienne et la branche ischio-pubienne gauche et un autre trait de fracture en arrière sur l'aile iliaque du même côté.

On continue à traiter la fracture du bassin par l'immobilisation au lit en attendant l'accouchement qui se produit à la date normale, un mois et demi après l'accident. Il a lieu sans incident, sans suites fébriles. L'enfant est bien constitué, normal en tous points, pesant près de 4 kilos.

Vingt jours après l'accouchement, la mère se lève et, petit à petit, reprend sa vie active.

CONDUITE DU MEDECIN EXPERT

En présence d'un avortement consécutif à un traumatisme, la question se pose de savoir s'il existe une prédisposition. Si elle existe, elle réduit le rôle du traumatisme de telle sorte que, de déterminante, l'action de celui-ci devient simplement adjuvante ou occasionnelle. Cette constatation a son importance lorsque l'avortement post-traumatique met en jeu une responsabilité, soit qu'il résulte d'un accident du travail ou d'un accident de droit commun.

Examinons donc les différentes recherches auxquelles nous serons obligés de nous livrer.

Si l'interruption de la grossesse se présente sous l'aspect d'un avortement spontané banal, nous devons éliminer les autres causes très nombreuses venant soit de la mère, soit du père, soit de l'œuf, qui peuvent provoquer l'avortement, et dont les plus importantes sont la syphilis, la « grande avorteuse » disait Bar, l'endométrite, l'insertion vicieuse du placenta.

Quand il s'agira d'un décollement prématuré du placenta (dans sa forme grave), on pensera à l'albuminurie gravidique, l'endométrite, l'insertion basse du placenta.

Parmi les nombreuses causes qui peuvent entraîner la mort du fœtus *in utero*, on retiendra et recherchera surtout la syphilis.

Pour la rupture prématurée des membranes, ce seront l'hydramnios, l'endométrite, l'insertion basse du placenta.

Si l'on constate une affection organique de ce genre, cela ne devra pas nécessairement faire éliminer le rôle du traumatisme accidentel dont la nature, la violence, etc..., devront être minutieusement précisées pour que puisse être déterminée dans quelle mesure est possible une relation de cause à effet entre ce traumatisme et l'interruption de la grossesse.

En l'absence de toute cause manifeste d'avortement spontané, on pourra retenir en faveur de l'action du traumatisme :

1. Le délai relativement court entre la date du traumatisme et celle de l'avortement ;

2. L'existence d'un ensemble de signes qui relie l'un à l'autre l'accident et l'avortement : pertes sanguinolentes, douleurs par contractions utérines, etc... Ajoutés aux signes constatés directement sur l'utérus tels que l'effacement, la dilatation du col..., ils traduisent le travail de l'avortement et annoncent une expulsion proche ;

3. La présence d'ecchymoses sur le fœtus, rares d'ailleurs, lorsqu'il s'agit d'un traumatisme abdominal ;

4. Les caractères du traumatisme incriminé parmi lesquels on devra retenir l'intensité du choc, son point d'application, la région abdominale surtout en cas de grossesse avancée.

Lorsque l'avortement résulte d'un décollement prématuré du placenta et des signes de l'hémorragie rétro-placentaire, d'un pronostic moins grave, semble-t-il, que le décollement d'origine albuminurique, la recherche des mouvements actifs du fœtus et des bruits du cœur permettront de se faire une opinion sur les suites probables de l'accident, et de constater si le traitement mis en œuvre n'a pas pu empêcher l'interruption de la grossesse.

L'examen du placenta permettra quelquefois de reconnaître les traces du décollement. On invoquera en faveur du rôle réel du traumatisme les mêmes facteurs que dans l'avortement post-traumatique non précédé de signes nets de décollement du placenta.

Quant l'interruption de la grossesse s'accompagne de mort du fœtus *in utero*, nous retiendrons, si nous pensons pouvoir attribuer sa mort au dit traumatisme :

1. L'aspect du produit de conception qui, expulsé quelques jours ou quelques semaines après le traumatisme « devra toujours présenter les caractères morphologiques propres au terme de la gestation où a eu lieu le choc traumatique » (Metzger) ;

2. La disparition, aussitôt après l'accident, des bruits du cœur fœtal, et l'apparition ultérieure d'un certain nombre de signes traduisant la mort du fœtus : des signes maternels tels que la disparition des nausées, la montée laiteuse, la cessation de la perception des mouvements du fœtus ; des signes utérins, ovulaires ou fœtaux tels que : arrêt de l'augmentation de volume de l'utérus, puis ramollissement progressif et diminution de volume, et, après 4 mois 1/2, palpation moins nette et mollesse des parties fœtales.

La constatation des caractères morphologiques aura son importance surtout dans les cas d'avortements survenant à

une date éloignée du traumatisme. Car le fœtus mort en état de rétention subit un certain nombre de phénomènes qui en modifient l'aspect et permettent de préciser la date de la mort. Dans les deux premiers mois, la dissolution du fœtus s'opère ; au cours des 3^e et 4^e mois, il se modifie, et à partir du 5^e et 6^e, il subit la macération.

Lorsque après un traumatisme, se produit l'accouchement d'un enfant prématuré, à la suite de la rupture des membranes, le fait que cette rupture a eu lieu aussitôt après le traumatisme est en faveur de celui-ci.

Quand l'expert aura établi la relation entre le traumatisme et l'avortement, il devra fixer la durée de l'incapacité temporaire et évaluer s'il y a lieu le taux de l'incapacité permanente.

Au point de vue des accidents du travail, on aura le plus souvent à tenir compte d'une période d'incapacité temporaire prenant fin à la date où la blessée pourra, sans inconvénient pour sa santé, recommencer à travailler : il s'agira ici de guérison complète.

Dans les cas d'interruption de la grossesse résultant d'un accident de droit commun il convient de considérer comme éléments de dommage :

- 1° L'invalidité temporaire ;
- 2° L'invalidité permanente s'il en subsiste une ;
- 3° Le *pretium doloris*.

L'invalidité temporaire est établie suivant les mêmes règles que dans les accidents du travail.

Pour l'invalidité permanente rien de particulier. La question délicate est celle du *pretium doloris* ; ce « prix de la douleur » comportant plusieurs facteurs : Douleur physique que la femme a éprouvée ; empêchement de se livrer pendant un certain temps à la direction du ménage ou de remplir diverses obligations sociales et mondaines ; sacrifice de la grossesse ou impossibilité de continuer l'allaitement au sein ; préoccupation au sujet des suites de l'acci-

dent ; considérations d'ordre esthétique en cas de mutilation des organes génitaux externes.

L'importance de la réparation pécuniaire variera dans une assez large mesure : les magistrats qui la fixeront tiendront compte de divers éléments d'appréciation et il appartiendra à l'expert de mettre en évidence ceux de ces éléments qui sont d'ordre médical : âge de la grossesse qui a été interrompue ; possibilité ou impossibilité de nouvelles grossesses, etc.,

CONCLUSION

Sans être très fréquents les traumatismes d'origine accidentelle (accidents du travail ou accidents de droit commun), susceptibles d'avoir des conséquences fâcheuses sur la vie génitale de la femme, sont assez souvent observés pour mériter de retenir l'attention du médecin expert.

En dehors de la gestation, ces traumatismes peuvent déterminer des lésions du bassin, du périnée ou des organes génitaux; ils sont donc capables d'être des causes de dystocie, lors d'un accouchement éventuel, ou même d'empêcher la femme de devenir enceinte. Ils peuvent aussi provoquer des troubles des fonctions menstruelles et de la sécrétion lactée.

Au cours de la gestation, les traumatismes, indépendamment de leur gravité propre, ont une action très variable suivant le degré d'irritabilité de l'utérus.

Au point de vue médico-légal, les conséquences du traumatisme subi varieront selon que la blessée sera une accidentée du travail ou une accidentée de droit commun.

Dans le premier cas, l'incapacité temporaire ou totale de travailler, sans tenir compte de la profession, sera seule à considérer, et pour indiquer éventuellement le taux d'invalidité correspondant à une incapacité permanente partielle on n'aura pas, en règle générale, à retenir l'existence antérieure d'une lésion qui n'aurait été qu'aggravée par l'accident. On sait, en effet, que la jurisprudence de la Cour de cassation, qui représente la « vérité légale » suivant l'expression d'Imbert et Chavernac refuse de prendre en consi-

dération la prédisposition naturelle et rend le patron (ou l'assurance qui se substitue à lui) entièrement responsable.

En matière d'accident de droit commun, d'autres éléments d'appréciation interviendront pour faire évaluer l'importance du dommage : durée de la période d'incapacité temporaire, degré de l'invalidité en tenant compte de l'état antérieur, *pretium doloris* dont nous avons indiqué dans les pages précédentes les principaux éléments.

Vu,
Le Doyen.
p. le Doyen, l'Assesseur
J. GUYOT.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
LANDE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 décembre 1933
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER,

BIBLIOGRAPHIE

- AUDUREAU. — *A propos de quelques cas de décollement prématuré du placenta, normalement inséré*, Thèse Paris, 1930.
- BALTHAZARD. — *Précis de médecine légale*, 1928.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — *Pratique de l'art des accouchements*, 1914.
- BOUCHACOURT ET BUDIN. — *Hygiène et puériculture intra-utérine, traumatisme et grossesse*, 1905.
- BOUCHUT. — *Hygiène de la première enfance*, avril 1896.
- BRINDEAU. — *Pratique de l'accouchement*, 1926.
— *Annales de médecine légale*, 1930.
— *Annales de médecine légale*, 1931.
- BRINDEAU ET COHEN. — *Annales de médecine légale*, 1925.
- BRION. — *Etude critique sur 530 cas d'avortement*, Thèse de Paris, 1892.
- BROUARDEL. — *L'avortement*, 1901.
- BUDIN ET CROUZAT. — *Pratique des accouchements*, 1898.
- COFFART. — *Journal des sciences médicales de Lille*, 1^{er} novembre 1902.
- COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*, 1897, t. 1^{er}, page 19.
- COUVELAIRE, LEMIERRE, LENORMANT. — *Pratique médico-chirurgicale*, t. 1^{er} et 4.
- DECANTE. — *Avortement et traumatismes accidentels*, Thèse de Paris, 1932.
- DEMELIN ET DEVRAIGNE. — *Manuel de l'accoucheur*, 1914.
- DUPUY. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1853.
- DUVOIR. — « Avortement et accident d'automobile », *Annales de médecine légale*, 1932.
- FABRE. — *Précis d'obstétrique*, 1932.
- FABRE ET PIERRY. — *Lyon Médical*, 1900, t. 2.
- FERRON. — *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, Paris, 1921, t. 11.
- FORGUES ET JEANBREAU. — *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail*.
- FREY. — *Archiv. für gynäkologie*, t. 121, 1924.
- GOLDENBERG. — *Contribution à l'étude du décollement traumatique du placenta, au cours de la gestation*, Thèse de Paris, 1932.
- GUENIOT. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, mai-juin 1876.

- HAMMERCHLAG. — « Du rôle du traumatisme dans l'étiologie du prolapsus génital », *Monatsschrift. f. unfall.*, 1902, II.
- HOFFMANN. — *Nouveaux éléments de médecine légale*, 1887.
- IMBERT ET CHAVERNAC. — *Guide pour l'évaluation des incapacités*.
- JAROSCHKA. — *Medizinische Klinick.*, xxv, n° 18, 3 mai 1929.
- KEIFFER. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, juillet 1900.
- KEIFFER. — *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 1926.
- KELLER. — *Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1924, p. 74.
- KLEINWACHTER. — *Archiv für gynakologie*, Band 1, p. 156.
- LAFFONT. — « Recherches sur la sécrétion et l'innervation vasomotrice de la mamelle », *Gaz. Méd.*, 1879.
- LE DENTU ET DELBET. — *Traité de chirurgie*, t. 4.
- LELONG. — *De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique*, Thèse de Paris, 1901.
- LENOIR. — *Archives générales de médecine*, 1859, page 5.
- LEPAGE. — *Bulletin de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, 22 avril 1901.
- MASSOT. — *De l'influence des traumatismes sur la grossesse*, Thèse de Paris, 1873.
- MAYET. — *Barème pour l'évaluation des incapacités*.
- MAYGRIER ET SCHWAAB. — *Précis d'obstétrique*.
- METZGER. — *L'accoucheur moderne. Précis d'obstétrique*, 1928.
- MIRANDA. — *Archivio di ostetricia e ginecologia*, août 1901.
- MONBIOT (M^{11e}). — *Aménorrhée et émotions*, Thèse de Paris, 1920.
- NGUYEN HAI. — *L'accouchement prématuré*, Thèse de Paris, 1931.
- NICOLLE ET CHARLES. — *Journal d'accouchement de Liège*, 8 octobre 1899.
- OLLIVE ET LE MEIGNEN. — *Les accidents du travail, Médecine légale, Jurisprudence*.
- PETIT. — *De la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme*, Thèse de Paris, 1870.
- PINARD. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, août 1898.
- PINARD. — *Clinique obstétricale*, 1899.
- PLANCHON. — *L'obstétrique*, 1902.
- REGNAULT. — *Des fractures du pubis et de leurs complications*, Thèse de Paris, 1863.
- RIBEMONT, DESAIGNES ET LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*, 1898.
- RIVOAL. — *Du décollement prématuré du placenta normalement inséré*, Thèse de Lyon, 1919.
- SOUS. — *Influence immédiate des émotions de la nourrice sur la santé des enfants à la mamelle*.
- STEPKOWSKI. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1898, page 791.
- TARDIEU. — *Etude médico-légale de l'avortement*, 1898.
- TARNIER ET BUDIN. — *Traité d'accouchement*, 1898, t. 3, page 343.
- THOINOT. — *Précis de médecine légale*.

- THORN. — *The British medical journal*, London 1921, t. 1^{er}, page 459.
- TISSIER. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1906, t. 9, page 338.
- VAILLE. — *Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction (tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien)*, Thèse de Paris, 1863.
- VARNIER. — *Obstétrique journalière*, 1900. (Comptes rendus à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, 1^{er} juin 1900.)
- VERGOZ. — *Revue de chirurgie*, « Les fractures du bassin », Paris, 1926, page 273.
- VERNEUIL. — *De l'influence réciproque de la grossesse et du traumatisme* (Rapport au Congrès de Genève, 1877), *Revue de Méd.*, 1877, pages 493 et 588.
- VIBERT. — *Précis de médecine légale*, 1896.
- VIDAL. — *De l'aménorrhée. Etude du sang chez les aménorrhéiques*. Thèse de Bordeaux, 1906.
- VIGNES. — « Traumatisme et gestation », *Journal des Praticiens*, 23 octobre 1923 ; *Physiologie obstétricale normale et pathologique*, 1923.
- VILLEMALIN. — *Gazette hebdomadaire de chirurgie et de médecine*, 1900, n° 5.
- WITKOWSKI. — *Histoire des accouchements*.
- WOLTHARD. — *Schweitzer Med. Wochenschrift*, 1927, p. 212.
-

BORDEAUX, — IMPRIMERIE J. BIERE, 18, rue du Peugue. — 1933.
